"Evaluation des Pratiques Professionnelles sur la prise en charge des Nausées et Vomissements Post Opératoires"

C Quintin, C Chardes, AF Hocquet, E Delous, E Morau, M Parneix, D Felip, J Nicolas, J Dubourdieu, M Astruc, G Benoît, C Boillon, F Cardona, MP Cova, M Fassier, F Froment, V Gannac, S Lebas, ML Marinoni, J Pascal, A Peron, F Raux, V Verneuil, MC Davillars
Bloc Gynécologie-Obstétrique, CHRU Arnaud de Villeneuve,
G Roblés, M Bonnin, M Michel, équipe EPP CHRU La Colombière
371,avenue du Doyen G. Giraud 34295 Montpellier Cédex 5

Dans le cadre institutionnel de l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP), la volonté s'est manifestée, en 2007, d'engager une démarche qualité au sein de l'équipe d'anesthésie du bloc gynécologique du CHRU Arnaud de Villeneuve.
Le sujet de cette démarche devant être quotidien et apporter un bénéfice au patient, le choix s'est porté sur la prise en charge péri opératoire des nausées et vomissements.
En effet, si l'on juxtapose les items du score d'Apfel, communément adopté pour évaluer les risques de Nausées et Vomissements Post Opératoires (NVPO), et la population prise en charge en chirurgie dans le service, on constate que la plupart des patientes ont un score au minimum égal à 2 (sexe féminin + utilisation de morphiniques en post opératoire) et relèvent donc d'une prévention. Ceci d'autant que la chirurgie gynécologique est réputée favoriser les NVPO en dehors même du choix des produits d'anesthésie.
La question se posait donc de savoir quel était le niveau actuel de qualité de prise en charge des NVPO, et quelles en étaient les possibilités d'amélioration, sachant qu'il n'existait pas dans le service de protocole sur le sujet.

I - Contexte de cette évaluation

A - Bibliographie

Elle est actuellement dominée par la conférence d'experts de la SFAR 2007, dont les conclusions n'étaient pas parues lors de notre évaluation.
Les bases bibliographiques de notre travail se résumaient ainsi :
Les NVPO concernent 30% des patients de chirurgie et surviennent chez 1% des patients en hospitalisation ambulatoire. Quatre principales voies sont connues dans la physiopathologie des NVPO (cholinergique, dopaminergique, sérotoninergique (5-HT3 R) et NK-1 R). Pour autant, l'origine des NVPO est multifactorielle ; ces facteurs de risque sont liés au type d'anesthésie, au type de chirurgie et au patient lui-même.
Une prévention universelle des NVPO n'est pas considérée comme rentable, il est préférable d'identifier les patients à haut risque pour une prévention mieux ciblée. Deux principaux score d'identification des facteurs de risque sont disponibles, dont le score d'Apfel : les items affectés d'un score de « 1 » sont : sexe féminin, patient non fumeur, antécédents de mal des transports ou de NVPO, utilisation d'opioïdes prévue en post-opératoire. Pour un score total inférieur ou égal à « 1 », l'incidence des NVPO est de 10 à 21% et aucune mesure de prévention n'est préconisée. Pour un score total supérieur ou égal à « 2 » le risque est modéré à fort avec une incidence des NVPO passant de 39 à 78%.
La prophylaxie est alors recommandée, selon les principes suivants :

1. approche anesthésique : préférer une anesthésie locorégionale, l'utilisation du propofol ; éviter le N2O, les halogénés, la néostigmine, la kétamine, l'étomidate ; diminuer la consommation postopératoire de morphiniques.
2. combinaison d'au moins deux anti-émétiques (classiquement déxaméthasone et dropéridol).
3. d'autres mesures associées visant à favoriser l'hydratation et l'oxygénation tissulaires et diminuer la douleur, ainsi que des techniques non pharmacologiques telles l'acupuncture et l'hypnose, sont possibles.

Le traitement des NVPO est efficace à de faibles doses (exemple: les sétrons) et un intervalle de six heures entre prophylaxie et traitement curatif par la même molécule est recommandé, l'alternative étant d'utiliser une molécule d'une autre classe pour traiter les symptômes.

B - Activité chirurgicale gynécologique et prise en charge anesthésique en 2007
L'activité de chirurgie gynécologique est rapportée dans le tableau suivant:

intervention	N	%	anesthésie
sein	259	30.1	AG
laparotomie	84	9.7	AG +/- ALR
coelioscopie	379	44	AG
voie basse	71	8.2	AG ou ALR ou les 2
autres	67	7.7	AG ou ALR

La prise en compte du risque de NVPO est extrêmement variable : les anesthésistes disposent d'un tampon "Score d'APFEL" qui n'est pas systématiquement utilisé à la consultation. La prévention du risque de NVPO n'est pas toujours spécifiée sur le protocole d'anesthésie proposé.
Il n'existe pas de protocole de prise en charge des NVPO au bloc opératoire et dans les services d'hospitalisation.

II - Démarche Qualité

A – EPP
La démarche d'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) a repris le classique schéma de la « roue » de Deming qui se déplace de bas en haut sur une pente ascendante; cette "roue" comporte quatre quadrants, quatre étapes (**P**lan, **D**o, **C**heck, **A**ct):

Ø Etape1 : Planifier / Plan :

Planifier, c'est avoir une logique pour anticiper et maîtriser une situation.
C'est que nous voulons obtenir (une prise en charge efficace des NVPO) et comment faire pour l'obtenir (procédures, utilisation de médicaments appropriés…).
A la suite d'une analyse globale de la prise en charge actuelle : et ses éventuels dysfonctionnements, il convient de définir les réponses pour éviter leur apparition:
quels objectifs, qui fait quoi, quand, avec quoi, quelles compétences, quels documents...

Ø Etape 2 : Agir / Do :

Agir, c'est faire ce que l'on a prévu : par exemple : mise en place de protocoles de soins, de surveillance, formations….

Ø Etape 3 : Contrôler / Check :

Contrôler et vérifier que le niveau de qualité effectivement atteint correspond ou non aux attentes formulées.

Ø Etape 4 : Améliorer / Act :

Rechercher les dysfonctionnements et les pistes d'amélioration à la suite des actions menées sur la période précédente. L'intérêt est d'analyser les mesures et de s'interroger sur les causes des écarts pour agir et s'approcher ensuite des résultats attendus…De nouveaux objectifs seront définis, nous sommes revenus à l'étape 1.

B - Description de l'évaluation

Ø Méthode : analyse prospective de pratiques

Ø Mode d'évaluation :
Auto-évaluation : recueil de données par l'équipe au cours de la prise en charge au bloc

Évaluation externe : questionnaire proposé aux patientes par un étudiant pendant l'hospitalisation

- Calendrier :
  - Initialisation : juin 2007
  - Étude : 4°trimestre 2007
  - Plan d'action : 1° semestre 2008
  - Contrôle : 1° semestre 2009
- Unités de soins concernées : Bloc Gynécologique et Hospitalisation complète de Gynécologie
- Groupe de travail : Anesthésistes et IADE, équipe EPP du CHRU
- Population étudiée : Patientes adultes devant bénéficier d'une intervention gynécologique programmée sous AG, suivie d'une hospitalisation de plus de 48 heures.
- Échantillon : 130 à 150 dossiers.
- Outils : grille d'évaluation (mode d'emploi et circuit de la grille conçus par le groupe de travail).
- Réalisation du recueil :
  - par les anesthésistes et IADE pour les phases pré et per-opératoires et le passage en SSPI (données de prise en charge).
  - par un étudiant en pharmacie pour le séjour en hospitalisation (données du dossier + questionnaire aux patientes).
- Traitement des données et mise en forme des résultats : Équipe EPP du CHRU.
- Analyse, discussion, définition du plan d'actions : équip es concernées avec l'aide de l'équipe EPP du CHRU

III – Résultats de l'évaluation

A – Période préopératoire

- Type d'intervention :
  La répartition des interventions est la suivante : chirurgie mammaire : 50 (38,2%), laparatomie : 22 (16,8%), coelioscopie : 52 (39,7%), voie basse : 11 (8,4%), autres : 4 (3,1%).
- ASA 1 : 73% des patientes.
- Identification des facteurs de risque de NVPO à la consultation :
  Pour 17 (13%) patientes, les antécédents de NVPO sont notifiés. Pour 10 (7,6%) patientes, le score d'Apfel est côté. Pour 11 (8,4%) patientes sont notifiés les antécédents de NVPO et le score d'Apfel. Il y a donc au moins un facteur de risque côté pour 38 patientes (29%) et sur les 21 patientes ayant un score d'Apfel côté : 15 (71,5%) ont un score supérieur ou égal à 3.
- Le protocole d'anesthésie proposé intègre-t-il la prévention des NVPO?
  Oui pour 34 patientes (26%) dont : 23 (67,5%) avec des facteurs de risque repérés et 11 (32%) sans facteur de risque repéré; Non pour 95 patientes (72,5%) dont 14 ayant un antécédent de NVPO ou un score d'Apfel coté ; (non réponse = 2 (1,5%)).
- Prémédication :
  Elle comporte la prescription d'Atarax® pour 83 patientes (63%) dont 32 (24%) en association avec des benzodiazépines ou du Tagamet®.
  Les patientes ayant un protocole préventif de NVPO ont de l'Atarax® pour 29/34 (85%).

Bilan de la période préopératoire :

Le recueil du score d'Apfel n'est pas systématique. L'utilisation d'Atarax® en prémédication va dans le sens d'une prévention des NVPO, mais il y a inadéquation entre la prise en compte des facteurs de risque et la prévention des NVPO dans le protocole d'anesthésie proposé.

B – Période peropératoire
La durée moyenne de prise en charge anesthésique est de 1h35.

Ø Induction

Agents anesthésiques :
Morphiniques : 127 (97%)
Curares : 28 (21%)
Hypnotiques : Diprivan® = 130 (99%) ; Hypnovel® = 120 (92%)
Anti-émétiques : Droleptan® : 29 (22%) patientes dont 19 /34 (56%) des patientes ayant un protocole de prévention des NVPO.
Modalités ventilatoires :
Le circuit utilisé est le circuit principal pour 102 patientes (78%) dont 88% patientes ont un risque identifié de NVPO. La ventilation est effectuée en mode manuel pour 101 patientes (99% des patientes sous circuit principal). Le niveau de pression est ≥ 20 pour 38 patientes (37% des patientes sous circuit principal). Les patientes ayant un protocole préventif de NVPO sont pour 15 sur 30 (soit 50% des patientes) ventilées sous circuit principal.
Contrôle des voies aériennes :
126 (96%) patientes sont intubées après une seule laryngoscopie (67% des cas d'intubation). 85% des patientes ayant une 2e laryngoscopie sont reventilées. Une seule patiente a un masque laryngé (0,8%).
Utilisation de canule de Guédel :
Elle est utilisée pour 40 patientes *(30,5%).*
Mise en place de sonde gastrique :
Elle est utilisée chez 9 patientes (7%).

Ø Entretien

Agents anesthésiques :
Halogénés : 118 (90%) ; N20 : 97 (74%) ; morphiniques : 120 (92%)
Analgésie multimodale :
Kétamine® : 125 (95,4%) ; Perfalgan® : 124 (94,7%) ; Profénid® : 112 (85,5%); Acupan® : 119 (90,8%) ; infiltration Naropéine® : 42 (57% du total coelio+laparo)
Anti-émétiques :
Droleptan® : 39 (30%) (dont 25 des 34 patientes ayant un protocole préventif de NVPO : (73,5%)) ; Zophren® : 2 (1,5%) ; Dexaméthasone = 0.

Bilan de la période peropératoire

1. *Droleptan® :*
Sur l'ensemble des patientes : 58 sur 131 (44%) ont eu du Droleptan®. Les patientes ayant un protocole NVPO ont eu du Droleptan® dans 100% des cas. 28% des patientes ayant des antécédents de NVPO mais sans protocole NVPO spécifié dans le dossier ont eu du Droleptan®. Le Droleptan® est administré à l'induction ou en entretien, en particulier pour les patientes ayant un protocole préventif de NVPO. L'utilisation d'autres antiémétiques est marginale.
2. *Analgésie multimodale :*
Elle est largement administrée afin de diminuer la consommation postopératoire de morphine.
3. *N20 et halogénés :*
Ils sont majoritairement utilisés en phase d'entretien, y compris chez les patientes ayant un protocole préventif de NVPO.
4. *Circuit de ventilation à l'induction :*
L'utilisation du circuit principal chez une majorité des patientes permet un meilleur contrôle des pressions d'insufflation.

5. *Facteurs d'augmentation du risque de NVPO :*
On peut discuter la majoration du risque de NVPO en cas de pression d'insufflation élevée (circuit principal), en cas d'absence de contrôle du niveau de pression (circuit accessoire), en cas de reventilation, en cas d'absence de canule de Guedel, ou d'utilisation de sonde gastrique.

C – SSPI

La durée moyenne du passage en SSPI est de 1h49.

Ø Prise en charge analgésique
Morphine titration : 41 (31%)
PCA Morphine + Droleptan® : 24 (18%) (92% du sous total PCA)
PCA Morphine seule : 2 (8% du sous total PCA)
Acupan® à la seringue électrique : 33 (25%) (90% sous total) / IVD : 4 (3%) (10% du sous total)
Perfalgan® : 22 (17%)

Ø NVPO
16 patientes *(12%)* ont présenté des NVPO en SSPI, parmi ces patientes, 7 *(44%)* ont présenté des vomissements. Deux de ces patientes avaient bénéficié d'un protocole préventif des NVPO (2/34 soit 6%).

Ø Prise en charge des NVPO
13 patientes (81% des 16 patientes présentant des NVPO) reçoivent du Zophren®, dont 3 en traitement préventif et 10 en traitement curatif.
Les autres traitements sont : Primpéran® : 1 ; Droleptan® : 1 et non connu : 1.

Bilan du séjour en SSPI

Point positif, l'incidence des NVPO est faible. Une seule patiente conserve des NVPO en sortie de SSPI. La prise en charge des NVPO est essentiellement réalisée par l'administration de Zophren® en curatif. A titre préventif : le Droleptan® est administré largement en association avec la morphine en PCA et l'Acupan ® est largement administré à la seringue électrique.

D – Hospitalisation

Ø Survenue des NVPO au cours des 48 premières heures
29 (22%) patientes déclarent avoir eu des NVPO (dont 7 (24%) des vomissements); 8 patientes avaient un protocole préventif NVPO : 8/34 (23%).
Seulement 21 patientes ont signalé leurs NVPO (72% des patientes déclarant en avoir eu).

Ø Satisfaction des patientes (N = 21 patientes ayant signalé des NVPO)
Question 1 : l'équipe médicale et soignante a-t-elle bien pris en compte votre problème de NVPO ? OUI = 14 (67%)
Question 2 : le traitement a t-il soulagé vos NVPO ? OUI = 13 (62%)
Satisfaction globale : 65%

Ø Traçabilité de la prise en charge des NVPO

1. Mention des NVPO au dossier de soins : 7/21 (33% des patientes les ayant signalés), dont 3/6 (50%) patientes ayant un protocole préventif des NVPO.
2. Prescription « au cas où » notée sur la fiche post-opératoire : 17 (13% de l'échantillon total)

- dont 4 patientes (25%) / 16 ayant eu des NVPO en SSPI
- médicament précisé : 15 fois (Zophren® :14, Droleptan® : 1)
- posologie notée : 3 fois

3. Prescription curative notée sur le classeur de soins : 2 / 21 patientes ayant signalé des NVPO dans les 48h
   - réajustement de prescription noté : 1 fois
   - administration de la prescription notée : 2 fois
   - administration sans prescription : 4 patientes signalant avoir eu du Primpéran®, sans mention au dossier

A noter : 2 patientes déclarent avoir signalé des NVPO mais n'avoir reçu aucun traitement.

E - Etude de la population des patientes présentant des NVPO (n=16)

Survenue des NVPO en fonction du type d'intervention :

Intervention	N	NVPO à l'arrivée	NVPO en SSPI	NVPO en hospitalisation
Ch. mammaire	50	0	6 (12%)	5 (10%)
Laparotomie	22	0	5 (23%)	8 (36%)
Coelioscopie	52	1 (2%)	3 (6%)	14 (27%)
Voie basse	11	0	2 (18%)	5 (45,5%)
Autres	4	0	0	0

Ø <u>Période préopératoire</u> :
37,5% des patientes présentant des NVPO avaient des facteurs de risque identifiés en préopératoire (vs 37% dans la population générale).
La prévention des NVPO était prévue dans le protocole anesthésique pour 3 de ces patientes (19%) (vs 26%).

Prémédication :
Benzodiazépines : 10 (62,5%) (vs 39%), dont 2 patientes ayant des facteurs de risque identifiés.
Atarax® : 8 (50%) (vs 63%), dont 3 patientes ayant des facteurs de risque identifiés.

Ø <u>Période peropératoire</u> :
La durée moyenne d'intervention est de 2h 24 (vs 1h 35).
Intervention : laparotomie : 31 % (vs 17%)
coelioscopie : 25% (vs 40%)
Induction : curares : 44% (vs 21%)
Droleptan® : 31% (vs 22%)
Entretien : halogénés, N2O, Profénid®, Acupan® : pas de différence avec la population générale.
Infiltration à la Naropéine® : 78% du total coelioscopie + laparotomie (vs 57%)
Droleptan® : 12,5% (vs 30%).

Ø <u>Ventilation à l'induction et contrôle des VA</u> :
Le circuit principal est utilisé pour 15 patientes sur 16 (93%). Le niveau de pression est $\geq$ 20 pour 7 patientes sur 15 (47%). Pour les autres items étudiés, les résultats sont analogues dans les deux populations.

Ø <u>SSPI</u> :
Augmentation de la durée moyenne de prise en charge : 2h 23 (vs 1h 49) (en raison des NVPO?).

F - Synthèse de l'évaluation

Le premier indicateur de qualité défini pour cette évaluation est le pourcentage de survenue de NVPO. Il doit tendre vers 0%.
L'incidence des NVPO évolue aux différentes phases de l'hospitalisation : de 0,8% à l'arrivée au bloc à 12,2% en SSPI et 22,1% en hospitalisation.
L'incidence globale des NVPO en postopératoire est calculée de la façon suivante :
16 patientes présentent des NVPO en SSPI auxquelles s'ajoutent 18 patientes dont les NVPO débutent en hospitalisation, soit un total de 34 patientes et une incidence globale des NVPO en postopératoire de 26%.
La satisfaction des patientes est le deuxième indicateur de qualité. Il doit tendre vers 100%. L'étude de la satisfaction des patientes montre que 67% des patientes sont satisfaites de la prise en compte de leurs NVPO et 62% sont satisfaites quant au soulagement de leurs NVPO. La satisfaction globale est de 65%
Le taux de traçabilité des NVPO est de leur prise en charge est le troisième indicateur de qualité. Il doit tendre vers 100%. La traçabilité de la survenue des NVPO et de la prise en charge réalisée (prescription, produit, posologie) sont très insuffisantes.
Le taux de dépistage du risque de NVPO par le score d'Apfel est le quatrième indicateur de qualité. Il doit tendre vers 100%. Il est actuellement de 29%. Les patientes ayant eu un protocole préventif des NVPO ont globalement plus souvent de l'Atarax® en prémédication, plus souvent du Droleptan® à l'induction et en entretien, deux fois moins de NVPO en SSPI, mais autant de NVPO en Hospitalisation.

IV – Présentation et discussion des résultats

A l'issue de l'évaluation, les données ayant été traitées par l'équipe EPP du CHRU, deux réunions de présentation des résultats ont eu lieu avec l'ensemble de l'équipe MAR et IADE. Une discussion s'est ouverte et a débouché sur la définition d'actions d'amélioration de la pris en charge des NVPO, ainsi qu'un plan d'actions :

A – Discussion

- **Qualité globale de la prise en charge**

On peut considérer que l'on obtient de bons résultats en termes de qualité de prise en charge, avec, en l'absence d'un protocole institutionnel, une incidence des NVPO de 26% chez une population plutôt exposée ; cette incidence étant inférieure aux données de la littérature de 30% dans une population générale. Un certain nombre de pistes d'amélioration sont toutefois relevées :

Identification systématique des facteurs de risque de NVPO,

Rédaction d'un protocole de prise en charge des NVPO à chaque étape.

Adaptation de la prise en charge anesthésique et analgésique per-opératoire (favoriser l'anesthésie intraveineuse, l'analgésie multimodale, l'administration peropératoire d'Acupan®….)

Instaurer une traçabilité systématique des NVPO en post-opératoire et de leur prise en charge.

- **Discussion autour de la ventilation à l'induction et du contrôle des voies aériennes**

Point positif, 78% des patientes sont ventilées sous circuit principal, ce qui permet un meilleur contrôle des pressions d'insufflation. Quasiment toutes (99%) sont contrôlées en mode manuel. Cette fréquence s'explique par la présence d'élèves

IADE, que l'équipe forme à la technique de ventilation manuelle. Mais on relève que plus d'un tiers (37%) des patientes sous circuit principal ont une pression élevée (≥ 20), ce qui contribue à augmenter le risque de NVPO. Une diminution de la fréquence de ces pressions élevées pourrait être recherchée par une adaptation des pratiques, en particulier concernant les patientes à risque de NVPO. Par ailleurs, le taux de 22% de ventilation au moyen du circuit accessoire, pourrait également être réduit ; de même, l'augmentation du temps de préoxygénation, l'utilisation d'une canule de Guedel en fonction du risque de NVPO identifié pourraientt être recherchées, afin de diminuer le risque d'insufflation de l'estomac.

B - Actions d'amélioration – Calendrier initial

	Thèmes	*Modalités*	Calendrier	*Indicateurs à suivre (propositions à discuter)*	Cibles
N°1	**Systématiser le recueil du score d'Apfel**	*Score d'Apfel sur la nouvelle feuille d'anesthésie*	Mise en place : 2[e] semestre 2008 A réévaluer à 6 mois	*- recueil du score d'Apfel* *- mise en place d'un protocole préventif des NVPO pour les patientes à risque*	100% 100%
N°2	**Inclure les NVPO dans l'information au patient**	*Mention à inclure au livret d'information du SAR D*	Mars 2008		
N°3	**Rédiger et diffuser des recommandations de bonne pratique :**	*Groupes de travail*			
	- prise en charge anesthésique per-opératoire	*anesthésistes*	Mars à juillet 2008 Diffusion et sensibilisation des équipes : septembre 2008 Réévaluation à 6 mois	*- % Droleptan et dexaméthasone* *- % N2O et Halogénés en entretien*	100% ↓
	- ventilation et contrôle des VA	*IADE*		*- % ventilation en mode manuel* *- % pression ≥ 20*	↓ ↓
	- prise en charge des NVPO en hospitalisation	*anesthésistes*		*- prescription d'anti-émétiques*	100%
N°4	**Améliorer la traçabilité des NVPO**	*- en hospitalisation : modification de la feuille de soins pour inclure les NVPO : travail avec CDS et IDE d' Hospitalisation* *- sur l'ensemble de la prise en charge : création d'un score d'intensité des NVPO*	Mars 2008 A réévaluer à 6 mois	*- transcription de la survenue de NVPO et de l'administration d'anti-émétiques en hospitalisation ≤48h* *- présence du score sur la feuille de soins SSPI et hospit*	100% 100%
N°5	**Organiser l'actualisation des connaissances sur la prise en charge anesthésique**	*Anesthésistes : séances de présentation d'actualités bibliographiques*	2[e] semestre 2008		

V – Actions mises en œuvre au 1er janvier 2009

1. Systématisation du score d'Apfel - Traçabilité des NVPO:
Le CHRU élabore actuellement de nouveaux documents : ainsi, le score d'Apfel a été intégré au nouveau dossier d'anesthésie par le COGAR.
De même, l'item NVPO est intégré à la feuille de surveillance en SSPI et au dossier de soin des patients.

2. Information des patientes sur les NVPO :
Le nouveau document d'information pour les patientes prises en charge en Gynécologie – Obstétrique intègre les NVPO ; il est remis au cours de la consultation d'anesthésie depuis le deuxième trimestre 2008.

3. Rédaction de protocoles : (cf. annexes)
Un protocole de prise en charge des NVPO a été rédigé à l'issue d'une réflexion de l'équipe d'anesthésie. Une approche plus discriminante du risque de NVPO a été recherchée, en intégrant le facteur anesthésique proprement dit. Un score modifié de NVPO a été établi, selon les principes suivants : non prise en compte de l'item « sexe féminin », prise en compte du type d'anesthésie choisi, affectation de scores élargis à 2 ou 3 points selon les items : ce qui a permis de définir deux paliers de prophylaxie.

4. EPU sur l'AIVOC.

Conclusion :

Alors qu'elle a toujours été présente à l'esprit des soignants, la notion de Qualité a été formalisée et institutionnalisée depuis quelques années dans les établissements de santé. C'est tout l'intérêt des Evaluations de Pratiques Professionnelles que de faire en équipe le point sur un sujet quotidien et d'en tirer des actions d'amélioration afin de faire progresser la qualité des soins.
En matière de Nausées et Vomissements Post Opératoires, il est recommandé d'en évaluer le risque à l'aide du score d'Apfel, par exemple. La prévention est jugée efficace (dexaméthasone, dropéridol….). Et nous connaissons tous la valeur d'un protocole validé, appliqué et réévalué.

En chirurgie gynécologique la population est par essence exposée aux NVPO; ces femmes, souvent non fumeuses, auront pour la plupart de la morphine en post opératoire : elles ont donc toutes un score d'APFEL d'au moins 2 ; est ce que l'évaluation, la prévention, la prescription sont effectuées convenablement pour ces patientes qui ont déjà parfois un vécu douloureux (endométriose) ou désagréable (NV post chimiothérapie) ?

Nous avons lancé cette réflexion en 2007 ; elle nous a permis de constater qu'une certaine qualité de soins était apportée dans ce domaine mais aussi que nous pouvions progresser. Des améliorations sont en cours et doivent être évaluées.
Au-delà de la réflexion sur nos pratiques, le choix même du sujet et le consensus des équipes IADE et médecins au bloc, et IDE en hospitalisation, nous amènent à conclure que l'absence de NVPO est à considérer comme une des exigences de la qualité en anesthésie ; les critères de sécurité obligatoires concourant à une qualité « technique » ; les critères de bien-être (absence de douleur, de NVPO) concourant à une qualité perçue par le patient et son entourage et au-delà, une reconnaissance et une gratification professionnelles toujours bienvenues.

Bibliographie :

Apfel CC, Laara E, Koivuranta M, Greim CA, Roewer N. A simplified risk score for predicting postoperative nausea and vomiting. Conclusions from cross-validations between two centers. Anesthesiology 1999; 91: 693-700.

Apfel CC, Korttila K, Abdalla M, Kerger H et al. A factorial trial of six interventions for the prevention of postoperative nausea and vomiting. New England Journal of Medecine 2004 ; 350; 24: 2441-2451.

Culebras X, Corpataux JB, Gaggero G, Tramer MR. The antiemetic efficacy of droperidol added to morphine patient controlled analgesia: a randomized, controlled, multicenter dose-finding study. Anesth Analg 2003; 97:816-821.

Gan TJ, Meyer T, Apfel CC, et al. Consensus guidelines for managing postoperative nausea and vomiting. Anest Analg 2003; 97:62-71.

Pierre S, Corno G, Benais H, Apfel CC. A risk score-dependent antiemetic approach effectively reduces postoperative nausea and vomiting – a continuous quality improvement initiative. Can J Anest 2004; 51; 4: 320-325.

Tramer MR. A rational approach to the control of postoperative nausea and vomiting: evidence from systematic reviews. Part 1. Efficacy and harm of antiemetic interventions and methodological issues. Acta Anaesthesiol Scand 2001; 45: 4-13.

Tramer MR. Rational control of PONV - the rule of three. Can J Anesth 2004; 51; 4: 283-285.

Wu JI et al. Prevention of postoperative nausea after intrathecal morphin for caesarean section: a randomized comparison of dexamethazsone, droperidol and a combination. International Journal of Obstetric Anesthesia (2007), doi:10.1016/j.ijoa.2006.11.004.

Conférence d’experts - Prise en charge des nausées et vomissements postopératoires. SFAR 2007

Protocole de prévention peropératoire
des nausées et vomissements postopératoires

Score d'APFEL modifié (pour le bloc gynécologique) :

items	score
non fumeuse	1
mal des transports	1
utilisation d'halogénés per opératoire	2
probable administration de morphine s/c ou PCA post opératoire	2
antécédent de NVPO	3
TOTAL	

palier 1 : Score > ou égal à 3 **palier 2** : Score > ou égal à 6

Ø **Prophylaxie palier 1 :**

dropéridol : 1.25 mg en début d'intervention ou 0.625 mg en fin d'intervention

Ø **Prophylaxie palier 2 :**

dropéridol : 1.25 mg en début d'intervention ou 0.625 mg en fin d'intervention
dexaméthazone :4 à 8 mg en début d'intervention

Remarques :

1. dropéridol (Droleptan®) : neuroleptique. Interactions médicamenteuses et effets indésirables nombreux et doses dépendants.
2. ondansétron (Zophren®) : antagoniste du R 5-HT3. Marge thérapeutique importante. Maximum 8 mg/24h chez l'insuffisant hépatique. Les sétrons en per-opératoire sont à réserver aux contre indications à l'un ou l'autre des traitements. Ondansétron : 4 mg en intraveineux lent avant le réveil.
3. dexaméthasone (Soludécadron®): corticoïdes (8 mg = 50 mg de Solumédrol®).
Contient des conservateurs (sulfites et parabène). Contre indication en cas d'herpès ou zona. Association avec protecteurs gastriques si antécédents gastriques.

Protocole de prévention et traitement des nausées et vomissements post opératoire en SSPI

Pour toute mise en place de PCA quel que soit le score (sauf âge > 75 ans):

- Ø Adjonction de **dropéridol** à la PCA / **0.05 mg/ml de morphine** (2.5 mg pour 50 ml de mélange, 5 mg pour 100 ml de mélange)

Si apparition de NVPO en SSPI (quelles que soient les administrations antérieures):

- Ø Traitement de première intention: **ondensétron 4 mg IVL**
- Ø En cas d'inefficacité : **déxaméthasone 4 mg** puis **dropéridol 0.625 mg**
- Ø En cas d'insuffisance : renouveler **ondansétron : 2 mg**

Remarque : Ce protocole convient également aux patientes en SSPI pour césarienne (AG ou ALR).

Protocole de traitement des nausées et vomissements post opératoire (NVPO) en Hospitalisation

Au retour du bloc opératoire et lors de la surveillance post opératoire, la recherche de NVPO par l'interrogatoire doit être systématique.
Ces données doivent être reportées sur la feuille de surveillance.

- Ø S'il y a eu des NVPO en SSPI ou si apparition au retour en service, instaurer un traitement systématique par:

  ondansétron 4mg IVL (relais 2 mg / 6h pendant 12h à 24h)

- Ø Si insuffisant après une heure ajouter: **dexaméthasone 4mg/6h**

Le traitement doit être poursuivi de façon systématique pendant au moins 12h